

あなたは当事業所に就職され、法律により国民健康保険の資格を喪失（国民年金は種別の変更）することになりましたので、この連絡票を持参して**14日以内**に下記の要領で届出をして下さい。

〔この届けをしないで国民健康保険被保険者資格確認書等を使用されますと、国民健康保険で負担した医療費は、富士宮市に返納しなければなりません。〕

記

- 1 届け出先 富士宮市役所 保険年金課
- 2 持ち物
 - (1) この連絡票
 - (2) 国民健康保険被保険者証または資格確認書、資格情報のお知らせ
 - (3) 基礎年金番号のわかるもの
 - (4) マイナンバーの確認書類（マイナンバーカード、通知カード等）
 - (5) 本人確認書類（マイナンバーカード・運転免許証等）

※マイナンバーカードをお持ちの場合にはマイナンバーカードで（4）と（5）の確認ができます。

※ 被扶養者がいる場合は、被扶養者として認定された年月日の記入が必要です。

※ 詳しくは、富士宮市保険年金課へ確認してください。

健康保険 共済組合

加入証明書

就職者 〔被保険者 組合員〕	住所			世帯主氏名	
	ふりがな			世帯主との続柄	
	氏名	(昭・平・令 年 月 日生)			
健保・共済組合員等 の資格取得年月日		健保・共済 組合等	保険者番号		
平・令 年 月 日		被保険者記号番号			
平・令 年 月 日		基礎年金番号			
被 扶 養 者	氏名	生年月日	世帯主との続柄	被扶養者として 認定された年月日	備考
		昭・平・令 . .		平・令 . .	
		昭・平・令 . .		平・令 . .	
		昭・平・令 . .		平・令 . .	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所等所在地
名称
代表者氏名



TEL () -